

T/KG/096/08/N/DT
N° 4
Lésion

Prévention des Incapacités liées à l'UB

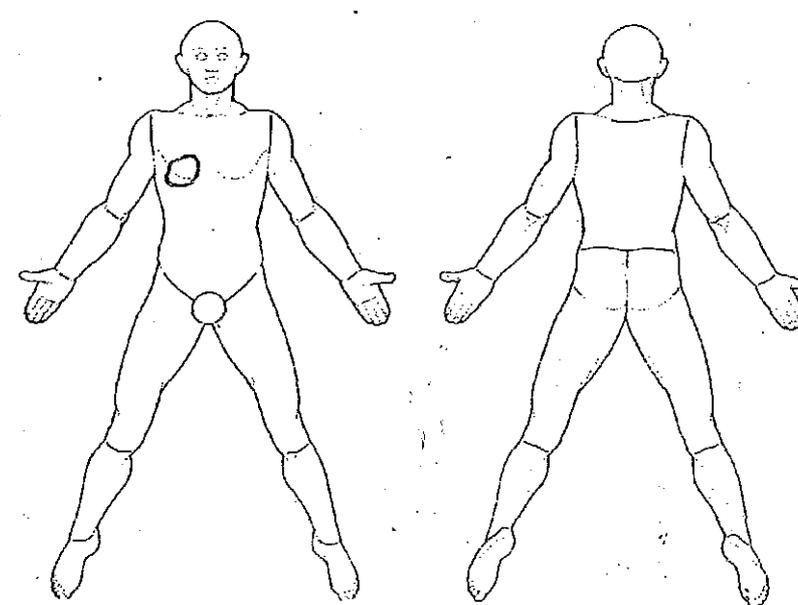
Formulaire de base

Données sur le bénéficiaire : Nom : [REDACTED] Age : 44 ans Village : Gape Nsonglakapé. Aire de santé : Woungba District : Zé Province : Contact téléphonique :	Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> (M) <input type="checkbox"/> (F) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input checked="" type="checkbox"/> Ecolier/étudiant <input type="checkbox"/> Au foyer <input type="checkbox"/> Activité professionnelle <input type="checkbox"/> Sans activité </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)/séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf /veuve <input type="checkbox"/> A des enfants </td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Ecolier/étudiant <input type="checkbox"/> Au foyer <input type="checkbox"/> Activité professionnelle <input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)/séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf /veuve <input type="checkbox"/> A des enfants
<input checked="" type="checkbox"/> Ecolier/étudiant <input type="checkbox"/> Au foyer <input type="checkbox"/> Activité professionnelle <input type="checkbox"/> Sans activité	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)/séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf /veuve <input type="checkbox"/> A des enfants		
Date présumée du début de l'affection : Janvier 2007	Niveau de scolarité : CMI (monte en 6e) Remarques sur la situation professionnelle/sociale/familiale :		
Traitement antérieur : <input type="checkbox"/> centre de santé <input checked="" type="checkbox"/> médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> autre : <input type="checkbox"/> aucun			

26

Interventions médicales <input checked="" type="checkbox"/> Antibiothérapie : Date début : 20/08/08 Date fin : <input checked="" type="checkbox"/> Pansements. Date fermeture de la plaie : <input type="checkbox"/> Exclision, date : <input type="checkbox"/> Greffe : date : <input type="checkbox"/> Amputation : date, lieu : <input type="checkbox"/> Chirurgie reconstructive : Intervention, date et lieu : <input type="checkbox"/> Autre :	Interventions de rééducation et réadaptation <input type="checkbox"/> Enseignement à la personne et à sa famille des interventions nécessaires pour se prendre en charge soi-même <input type="checkbox"/> Lutte contre l'œdème <input type="checkbox"/> Prise en charge des cicatrices <input checked="" type="checkbox"/> Exercices pour le gain de mobilité <input type="checkbox"/> Confection d'attelles <input type="checkbox"/> Pose de prothèse : date, lieu : <input type="checkbox"/> Moyen auxiliaire pour usage à long terme : type et date de l'obtention :
<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation : Date entrée : 20/08/08 Date sortie : 20/11/08	<input type="checkbox"/> Suivi ambulatoire : Date début : Date fin :

Evaluation initiale : Date : 26/08/08 **Score de mobilité fonctionnelle : 11/15**

<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="border: none;">Œdème</td><td style="border: none; text-align: center;">∟</td></tr> <tr><td style="border: none;">Plaie</td><td style="border: none; text-align: center;">P</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nodule</td><td style="border: none; text-align: center;">N</td></tr> <tr><td style="border: none;">Plaie</td><td style="border: none; text-align: center;">O</td></tr> <tr><td style="border: none;">Cicatrice</td><td style="border: none; text-align: center;">xxx</td></tr> <tr><td style="border: none;">Déficit de mobilité</td><td style="border: none; text-align: center;">➔</td></tr> <tr><td style="border: none;">Amputation/déformation</td><td style="border: none; text-align: center;">—</td></tr> </table>	Œdème	∟	Plaie	P	Nodule	N	Plaie	O	Cicatrice	xxx	Déficit de mobilité	➔	Amputation/déformation	—	
Œdème	∟														
Plaie	P														
Nodule	N														
Plaie	O														
Cicatrice	xxx														
Déficit de mobilité	➔														
Amputation/déformation	—														
Imitations d'activité : 0 = 0 + = 8 - = 7															

Evaluation finale : Date : [REDACTED] **Score de mobilité fonctionnelle :**

Nom du référent pour le centre de référence : [REDACTED]
 Nom du référent pour le centre de santé périphérique :
 Nom du délégué de santé :